

利用希望日までに必ず申込み  
してください。

施設等利用給付認定申請書

令和2年2月1日

保護者氏名 倉吉 太郎



印

（宛先）倉吉市長

次のとおり、施設等利用費の支給に係る施設等利用給付認定を申請します。

申請に係る 小学校就学前 子ども（本人）	（ふりがな） 氏 名		生年月日 （令和2年4月1日時点の年齢）	性別	障がい者手帳等 の有無（※）
	くらよし よしこ <b>倉吉 吉子</b>		平成 28 年 10 月 1 日生 （ 3 歳）	男・ <b>女</b>	有・ <b>無</b>
<input type="checkbox"/> 第1子 <input checked="" type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降（第 子）					
保護者（父） 居住地・連絡先	居住地	倉吉市 葵町722			
	平成31年1月1日現在の居住地	倉吉市内・ <b>市外</b> （ <b>鳥取</b> 市・区・町・村）			
	令和2年1月1日現在の居住地	<b>倉吉市内</b> ・市外（ 市・区・町・村）			
	連絡先	自宅 <b>携帯</b> ：090-****-****	勤務先：0857-**-****		
保護者（母） 居住地・連絡先	居住地	倉吉市 葵町722			
	平成31年1月1日現在の居住地	<b>倉吉市内</b> ・市外（ 市・区・町・村）			
	令和2年1月1日現在の居住地	<b>倉吉市内</b> ・市外（ 市・区・町・村）			
	連絡先	自宅 <b>携帯</b> ：080-****-****	勤務先：0858-**-****		

（※）障がい者手帳等には、以下のものが含まれます。  
身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、特別児童扶養手当証書、障害基礎年金（いずれも在宅の場合に限る）。

① 世帯の状況（本人は除き、世帯分離・単身赴任を含みます。）

区分	（ふりがな） 氏 名	児童と の続柄	生年月日	勤務先又は学校名等	障がい者手帳等 の有無	
児童の 世帯員	くらよし たろう <b>倉吉 太郎</b>	父	昭和60年1月1日生	〇〇株式会社	有・ <b>無</b>	
	くらよし はなこ <b>倉吉 花子</b>					
	くらよし いちろう <b>倉吉 一郎</b>	兄	平成24年7月30日生	××小学校	有・ <b>無</b>	
	くらよし はじめ <b>倉吉 一</b>					
				年 月 日生		有・無
				年 月 日生		有・無
家庭の 状況	生活保護の適用		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日）			
	ひとり親世帯の適用		<input checked="" type="checkbox"/> 無 有： <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚前提別居〈調定 <input type="checkbox"/> 有（証明書 <input type="checkbox"/> 有）			

(裏面)

② 利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	令和2年4月1日から令和4年3月31日まで			
認定区分	<input type="checkbox"/> 新制度未移行幼稚園、国立大学附属幼稚園、特別支援学校幼稚部のみを利用する (預かり保育(※)は利用しない) ※幼稚園等が実施する預かり保育事業が次のいずれかの要件に該当する場合に利用可能な認可外保育施設を含む。 ①平日の提供時間が8時間未満(教育時間を含む) ②年間開所日数200日未満			1号
	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者の就労等の事由により、認定こども園等の預かり保育や認可外保育施設等(※)を利用する ※「認可外保育施設等」とは、認可外保育施設、一時預かり事業、病(後)児保育事業、ファミリーサポート・センター事業をいいます。 <input checked="" type="checkbox"/> 認定希望日が属する年度の4月1日時点で満3歳以上である			2号
	<input type="checkbox"/> 認定希望日が属する年度の4月1日時点で満3歳未満であり、 市町村民税非課税世帯に該当する			3号
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名	利用するサービスの一覧	所在地	利用開始(予定)日
	◇◇キッズ	幼稚園・預かり保育・認可外保育施設 一時預かり・病(後)児保育・ファミサポ	倉吉 市 区 町・村	令和2年4月1日
		幼稚園・預かり保育・認可外保育施設 一時預かり・病(後)児保育・ファミサポ	市・区 町・村	年 月 日
	幼稚園・預かり保育・認可外保育施設 一時預かり・病(後)児保育・ファミサポ	市・区 町・村	年 月 日	
認可保育施設申込(年度分)	<input type="checkbox"/> 有( 月入所から申込中)			
	<input checked="" type="checkbox"/> 無 認可保育施設を申込を行っていない主な理由にチェックしてください <input checked="" type="checkbox"/> 既に利用している認可外保育施設を継続して利用するため <input type="checkbox"/> 利用を希望する時間帯の保育が行われていないため <input type="checkbox"/> 自宅や職場から遠いなど地理的な希望に合っていないため <input type="checkbox"/> その他( )			

○「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。

2・3号認定希望は記入必須です

③ 保育の利用を必要とする理由等 ※②の2号又は3号の認定を希望する方のみ記入してください。

続柄	必要とする理由	具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)
父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他( )	〇〇(株) 月22日 8時~17時
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他( )	(有)△△ 週5日 9時~16時

【申請に当たって同意していただく事項】

- 施設等利用給付認定の審査に当たり、市が必要な情報(市町村民税関係情報等)を公簿等で確認する(マイナンバー制度による情報連携を含む。)ことや、他の官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求める事があります。
- 申請書等に記載した内容は、施設等利用給付認定や施設等利用費の支給に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。
- 施設等利用費は、認定を受けた保護者に代わり、特定子ども・子育て支援提供者に支給される場合があります。
- 認定事務が集中し審査等に日時を要する場合は、最長で利用開始の前日まで審査結果のお知らせを延期する場合があります。
- 申請内容が事実と相違した場合は、施設等利用給付認定を取り消すことがあります。
- 認定希望日現在で、企業主導型保育事業の利用がある場合や、教育・保育給付認定を受けて認可施設を利用している場合は、本認定の申請はできません。

【記入はここまで】

申請に当たっては、この欄をよくお読みください。

\*市記載欄

受付年月日	年 月 日
認定の可否	認定者番号
可・否 年 月 日認定 (否とする理由)	認定区分等 <input type="checkbox"/> 新1号 <input type="checkbox"/> 新2号 <input type="checkbox"/> 新3号
支給(入所)の可否	支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)	自 年 月 日 至 年 月 日
備考	認定担当者 入力担当者